

FORMULARIO CENTROS RECEPTORES (HOSPITALES)
DE ESTUDIANTES DE ESTANCIAS EN PRÁCTICAS TUTELADAS.
FACULTAD DE FARMACIA I CIENCIAS DE LA ALIMENTACIÓN. UNIVERSIDAD DE BARCELONA

1. DATOS DEL CENTRO RECEPTOR:

NOMBRE DEL CENTRO RECEPTOR:		NIF del centro receptor:	
Nombre y apellidos del representante legal:		Cargo del Representante legal:	
Tipo de Hospital:			
Dirección completa:	Código Postal:	Ciudad:	
Teléfono:	Correo electrónico:		
Nombre, apellidos y cargo de la persona que rellena este formulario			
Farmacéutico/a que actuará como tutor/a del estudiante (nombre, apellidos, e-mail):			

2. DATOS DEL ESTUDIANTE QUE REALIZARÁ LAS PRÁCTICAS EN SU CENTRO:

NOMBRE Y APELLIDOS DEL ESTUDIANTE ADMITIDO:	DNI:
--	-------------

3. INDICADORES DE ACTIVIDAD EN LOS TRES ÚLTIMOS AÑOS:

COLABORACIÓN EN PROGRAMAS DE LA ADMINISTRACIÓN	
• Programa de farmacovigilància.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
• Programa de prevención de errores de medicación.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
DESARROLLO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN DISPENSACIÓN AMBULATORIA	
• Se dispone de unidad de dispensación ambulatoria	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
• Se dispone de un programa de dispensación ambulatoria	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

ELABORACIÓN DE FÓRMULAS MAGISTRALES Y DE PREPARADOS OFICINALES	
<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de fórmulas propias 	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de fórmula para terceros 	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES COLECTIVAS O CORPORATIVAS	
<ul style="list-style-type: none"> • Comités y comisiones (farmacia y terapéutica, infecciones, ética e investigación clínica) 	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de guías clínicas y protocolos 	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> • Grupo de trabajo de integración hospital - atención primaria 	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
ACTIVIDADES ESPECÍFICAS	
<ul style="list-style-type: none"> • Programa de intercambio terapéutico 	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> • Programa de conciliación de medicación 	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> • Información en el alta clínica 	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> • Preparación y validación de nutrición parenteral 	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> • Preparación y validación de citostáticos 	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> • Farmacocinética clínica 	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> • Preparación de medicamentos biológicos 	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> • Farmacogenética o farmacogenómica 	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
UTILIZACIÓN DE NUEVAS TECNOLOGÍAS	
<ul style="list-style-type: none"> • Prescripción informatizada asistida 	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> • Robotización 	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> • Sistemas de dispensación automatizados 	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
CERTIFICACIONES VIGENTES	
<ul style="list-style-type: none"> • Certificado de calidad según el modelo EFQM (Departamento de Salud) 	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> • Certificación de calidad según normas ISO 	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> • Acreditación de la Joint Comission 	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
OTROS PROGRAMAS (Indicar cuales)	

4. PROTECCIÓN DE DATOS

La Universitat de Barcelona, de acuerdo con lo expuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas por lo que se refiere al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el cual se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento General de Protección de Datos), informa que el tratamiento de los datos recogidos en este formulario se realizará con la finalidad de gestionar las prácticas externas que puedan realizar los estudiantes de todos los centros de la Universitat de Barcelona y de comunicar información por correo electrónico de otros servicios de la Universitat de Barcelona relacionados con la empleabilidad. Además, se informa que la Universitat de Barcelona ha adoptado las medidas de seguridad de carácter técnico y organizativo que garanticen la seguridad de los datos y que eviten su alteración, pérdida y el tratamiento o el acceso no autorizado, teniendo en cuenta el estado de la tecnología, la naturaleza de los datos tratados y de los riesgos a los que están expuestos.

Una vez soliciten darse de baja, sus datos serán bloqueados con la única finalidad de conservarlos para poder atender las previsiones legales. Cumplido este plazo, se procederá a la supresión.

Declaro:

Que he leído y acepto las condiciones de uso de la Protección de datos.

Que son ciertos y completos los datos de esta solicitud y que me comprometo a aportar la documentación justificativa al respecto si la Facultad de Farmacia y Ciencias de la Alimentación lo requiere.

Fecha:

Nombre y Apellidos:

Cargo:

Firma y sello: